

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1915-1916. — N° 67

PHLEGMONS

PAR INJECTIONS DE PÉTROLE

ÉTUDE CLINIQUE
ET
CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

THÈSE

PRÉSENTER

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René DILLENSÉGER

Né le 20 janvier 1890, à Cahors (Lot),

Elève de l'École du Service de Santé militaire.

Aide-major de 2^e Classe, au 351^e d'Infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916

PHLEGMONS
PAR INJECTIONS DE PÉTROLE

ÉTUDE CLINIQUE
ET
CONSIDÉRATIONS MEDICO-LÉGALES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, **PIERRET**,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	TIXIER
	BÉRARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	CLUZET
Physique médicale	HUGOUNENQ
Chimie biologique.	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	TESTUT
Anatomie	RENAUT
Anatomie générale et Histologie	MORAT
Physiologie.	COLLET
Pathologie interne.	LESIEUR
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOT
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée	ETIENNE MARTIN
Médecine légale.	COURMONT (J.)
Hygiène :	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BFETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. WEILL, *Président* ; LANNOIS, *Assesseur* ;
MM. J. LÉPINE, *Professeur*, et ARLOING, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1915-1916. — N° 67

PHLEGMONS

PAR INJECTIONS DE PÉTROLE

ÉTUDE CLINIQUE
ET
CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René DILLENSÉGER

Né le 20 janvier 1890, à Cahors (Lot),

Elève de l'École du Service de Santé militaire.

Aide-major de 2^e Classe, au 351^e d'Infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A la mémoire de mes chers disparus.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MA TANTE ET MARRAINE

Elle eut pour nous la tendresse d'une
mère et nous donna l'exemple du devoir.
Nous lui dédions notre travail en témoi-
gnage d'infinie reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES AMIS D'ÉCOLE, LES DOCTEURS

DIRAT, FABRE, FAURÉ, LABAN, ROSSINÈS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux

Nous lui exprimons très respectueusement notre entière gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN MAJOR DE 1^{re} CLASSE
DE RÉSERVE

HENRY REYNÈS

Ex-Médecin-Chef de l'Hôpital militaire de Verdun.

Chirurgien en Chef des Hôpitaux de Marseille.

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine.

Membre de la Société Internationale de Chirurgie.

Qui nous a inspiré l'idée première de ce travail, et mit à notre disposition ses documents particuliers et sa science. Il nous aida de ses conseils et nous témoigna toujours sa plus grande bienveillance.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre gratitude et de l'assurer de notre dévouement infiniment respectueux.

A MONSIEUR SAVARIAUD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Qu'il daigne accepter aujourd'hui nos plus respectueux remerciements pour avoir bien voulu nous permettre de bénéficier de ses observations et de ses travaux.

A MONSIEUR VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon.

Il nous a, avec une grande bienveillance, fourni des éléments très précieux pour notre travail. Nous le prions de vouloir bien accepter nos respectueux remerciements, et nous regrettons vivement que les circonstances l'empêchent de faire partie de notre jury de thèse.

A MONSIEUR L'AIDE-MAJOR PICARD

Interne des Hôpitaux de Paris.

En reconnaissance de l'extrême amabilité qu'il eût à notre égard.

A MES MAITRES

civils et militaires.

AU 351^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

Sa conduite au feu fait notre admiration.
Nous y avons trouvé des chefs bienveillants
et de vrais camarades. Nous l'aimons de tout
notre cœur et sommes fiers de lui appartenir.

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES DE CAMPAGNE

INTRODUCTION

Depuis le mois de juillet 1915, il a été constaté dans la région de Verdun, un certain nombre de cas de phlegmons, occasionnés par des injections volontaires de liquides irritatifs, tels que le pétrole et l'essence de térébenthine. Il en résulte des désordres graves qui demandent des soins attentifs et un temps très long pour leur réparation. La guérison *ad integrum* n'est pas toujours obtenue et le mutilé devient impropre au service militaire. Nous abordons ainsi une question pénible. Mais s'il est déjà injuste de considérer ces mutilés volontaires comme des victimes d'un accident en service commandé, de leur délivrer des certificats d'origine avec les « ayants droit » que ces certificats comportent dans la suite, ne serait-il pas encore plus immoral de les confondre avec nos glorieux blessés ? Et ces faits, dont la curiosité scientifique justifie l'étude, ne sauraient en aucune façon porter atteinte à la réputation des admirables troupes qui défendirent Verdun, dont nous pûmes admirer le courage et l'héroïsme ayant eu l'honneur d'en être le témoin.

Nous limitons notre travail à l'étude des phlegmons

provoqués par le pétrole. Nous relatons une observation, où le toxique employé fut l'essence de térébenthine. Le tableau clinique est analogue. Mais nous citons pour mémoire, que des lésions furent observées, qui avaient pour cause des injections de substances irritantes pour les tissus, telles que la salive et le tartre dentaire.

PHLEGMONS

PAR INJECTIONS DE PÉTROLE

ÉTUDE CLINIQUE

ET

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

HISTORIQUE

Au mois de juillet 1915, le cas est signalé par M. Reynès. Déjà en chirurgie civile, il y a six ans, chez des « consignés » de l'hôpital de la Conception à Marseille, le même auteur avait observé des cas de phlegmons par injections de pétrole. Des lésions similaires, rencontrées fortuitement chez un militaire, éveillèrent sa suspicion. Flairant la plaie, il perçoit nettement l'odeur du pétrole, la fait reconnaître par tous les assistants. Le coupable fait des aveux complets. M. Reynès tire donc la sonnette d'alarme. Décrivant les lésions, il leur trouve une physionomie spéciale, bien différente des phlegmons ordinaires, et leur dégage ainsi une véritable identité. Ses travaux connus par une communication à la *Société de*

Chirurgie de Paris, d'autres auteurs présentèrent des faits du même ordre. M. le professeur Pozzi présentait à la même Société, en son nom et au nom du Dr Agasse-Lafont, une étude clinique, bactériologique et chimique d'un phlegmon-pétrole. Le diagnostic s'enrichissait ainsi d'éléments très importants. Puis c'est M. Savariaud, médecin-major, qui dans son service à l'hôpital militaire, soigne un certain nombre de ces phlegmons. Sa communication à la *Société de Chirurgie* en est une très belle étude, où sont mises en lumière des particularités très intéressantes. Enfin dans les différents hôpitaux de Verdun, des cas sont signalés et les observations présentées par l'aide-major Thiebaut (Nous le remercions des renseignements qu'il nous a fournis avec beaucoup d'amabilité) à la réunion médicale bi-mensuelle de la troisième armée. L'attaque du 21 février arrêta les travaux et les discussions qu'ils avaient occasionnés. Mais les éléments fondamentaux de diagnostic en étaient dégagés et c'est leur description qui fera l'objet de notre travail.

Nous ne saurions oublier qu'il y a quelques années, des médecins militaires signalèrent des cas d'abcès phlegmoneux produits soit par le pétrole, soit par le même toxique allié à d'autres substances irritatives. C'est en 1910, M. le médecin-major Defong, en 1913, M. le médecin-major Morvan, qui rapportent des cas de phlegmons provoqués chez des détenus du pénitencier d'Alger et en font une étude consciencieuse. Enfin, M. le médecin principal Toussaint signale encore un cas chez un détenu de Marseille et décrit une technique opératoire.

SYMPTOMATOLOGIE

A. — SYMPTOMES LOCAUX

Les malades que nous avons pu voir nous sont arrivés avec des lésions phlegmoneuses nettement caractérisées. Certains avaient déjà été traités par des incisions soit à l'ambulance, soit à l'hôpital d'évacuation¹. Leur séjour dans ces formations n'étant d'ailleurs que passager, nous pûmes voir leurs lésions en plein épanouissement, les suivre dans leur évolution et assister à leur guérison. Lorsque après anesthésie, on ôte le pansement, l'aspect spécial de la peau surprend. La coloration en est rouge, rouge violacée au centre. La nécrose a-t-elle poussé plus loin son rôle destructeur, on se trouve en face d'une véritable escarre cutanée, blanchâtre. Des érosions s'observent, des vésicules souvent fort nombreuses, vrai semis phlycténulaire, qui traduisent la dermite intense. Cette dermite vésiculo-phlycténulaire est surtout marquée lorsque l'injection timide a été poussée en surface.

Non une seule lésion, mais des lésions multiples, l'une principale, les autres secondaires, séparées par

¹ Notamment par MM. les aides-majors Morand (de Brest) et Bernasconi (d'Alger).

des intervalles de peau saine, ici un placard inflammatoire induré, d'assez grande étendue, là une escarre blanche, enfin de petites collections fluctuantes, formant autant d'abcès : tel est le tableau habituel.

L'odeur du pétrole, parfois flagrante, ne se perçoit pas toujours à la simple découverte de la plaie. Mais alors l'incision la décèle. Le bistouri taille dans un tissu cellulaire œdédié, lardacé. L'aspect de la tranche est frappant : des tissus épaissis, durs, cartonnés, alternant avec des points ramollis, purulents; des bandes de fongosités inflammatoires rougeâtres alternant avec des zones jaunâtres de tissu en voie de désintégration. « La graisse sous-cutanée a perdu sa coloration jaune d'or, elle devenue blanche; elle est infiltrée de pus, ainsi que la face profonde de la peau. Le tout ressemble à la coupe d'un anthrax. » (Savariaud.)

L'incision ne donne du reste que très peu de pus, fait surprenant avec une infiltration aussi marquée des tissus. Il n'y a presque jamais de gros abcès uniloculaire; mais de « petits foyers aréolaires » (Reynès), singulier contraste avec les volumineuses poches des abcès de fixation.

Ce pus a des caractères particuliers; ce n'est point du pus franc, du pus louable, mais bien une sanie rouge brunâtre, mélangée de débris grumeleux de tissus. Ce n'est donc point un pus de phlegmon infectieux, dû à la mort des leucocytes, mais bien un pus grumeleux, tenant à la nécrose et à la désintégration du tissu graisseux ou conjonctif.

Les lésions sont diffuses, elles gagnent en étendue et

les tissus sont mortifiés très loin, mais pas en profondeur.

La partie superficielle de l'aponévrose est infiltrée de pus. Quand l'injection a eu lieu au voisinage d'une articulation, fait très fréquent, le désordre est pré-et péri-articulaire. Les bourses séreuses sont le siège parfois d'une collection purulente. Mais l'articulation elle-même n'est pas compromise. Aussi le symptôme « douleur » est-il très amoindri, et nous avons vu des malades arriver à l'hôpital sans gouttière, alors que ce moyen de contention eût été inévitable dans une endoarthrite, par exemple.

Le tableau local est évidemment variable. Les lésions diffèrent selon la constitution anatomique de la région injectée, selon la constitution histologique du milieu frappé de nécrose, et la profondeur de l'inoculation.

B. — SYMPTOMES GENERAUX

En regard de l'importance des symptômes locaux, les phénomènes généraux ont un rôle effacé. De la température, certainement, mais ne dépassant pas 39 degrés.

Du reste, même des phlegmons impressionnants d'aspect furent apyrétiques. La douleur est légère et on ne rencontre pas ces facies fripés, ces expressions d'angoisse qui sont habituels aux phlegmons infectieux.

Pas d'adénopathie quand l'injection a été faite proprement.

Quand la piqûre a été septique, elle peut donner lieu à des infections secondaires locales. Ces phénomènes sont tardifs. Ils durent parfois longtemps et peuvent provoquer chez le malade un état cachectique.

Les symptômes que nous avons décrits furent observés chez des malades dont les lésions remontaient à deux ou trois jours. Mais nous ne connaissions pas la période du début, la période d'invasion. Nous devons à M. Villard, qui examina des malades presque aussitôt après leur injection, des données fort intéressantes sur cette période. Un point est frappant : c'est la rapidité avec laquelle sont déclenchés les phénomènes inflammatoires. Moins d'une journée après l'injection, dans un cas dans un délai de huit heures, ces phénomènes avaient atteint une grande intensité.

Or, dans ces cas, le traumatisme avait été invoqué, et nulle trace d'érosion n'était visible. Or, un traumatisme qui ne s'accompagne pas d'érosion pourra déterminer un hématome ou une collection séreuse, qui s'infecteront peut-être secondairement, mais on n'aura jamais en si peu de temps une manifestation pathologique aussi marquée.

L'observation de ces phlegmons, dont le traitement n'avait pas encore dénaturé l'aspect, put donner des signes révélateurs de fraude. C'est ainsi que M. Villard aperçut souvent la trace d'une piqûre. Elle était fort petite, et entourée d'une collerette épidermique, paraissant résulter d'une réaction superficielle (essuyage de l'aiguille imprégnée). La tuméfaction est parfois limitée par un bourrelet rappelant l'érysipèle.

Enfin, si l'incision n'est pas précoce, au bout de quatre ou cinq jours, apparaît une fluctuation très facile à constater, ce qui serait même, d'après M. Laval, un caractère de l'affection.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

Quel est le sort de ces lésions? Mais d'abord une opération est évidemment nécessaire. En face de ces zones d'irritation ou d'inflammation scléro-conjonctive à allure nécrogène, de ces foyers purulents à pus grumeleux, de ces tissus frappés de sphacèle et de mort, il n'est point question de lutter par des antiseptiques contre une infection inexistante, il faut au contraire aider la nature dans son rôle éliminateur.

Aussi fait-on généralement une large incision cruciale et livre-t-on aux ciseaux toutes les portions privées de vie.

Les tissus sont convenablement disséqués, les abcès vidés de leur contenu, des mèches mises en place et on enveloppe dans un pansement aseptique. Mais il est rare que l'intervention soit définitive. En dépit des excisions larges et d'un travail consciencieux d'élimination, on assiste au bout de quelque temps à de nouvelles traînées d'une nécrose tenace et gloutonne qui commande une nouvelle intervention.

On conçoit ainsi qu'une grande perte de substances soit le lot d'une telle dévastation. Le mal est difficile-

ment réparable, lorsqu'existe une large perte de peau.

C'est alors l'emploi des greffes avec leurs résultats souvent décevants. Aussi des guérisons n'ont parfois été obtenues qu'au bout de cinq et six mois de soins énergiques.

Enfin quand les articulations ont été touchées, fait assez rare, on assiste à l'évolution de synovites plastiques cicatrisantes, et le malade, porteur d'un article raide, est devenu un infirme.

Il est utile de signaler que l'on ne doit pas se servir de thermocautère dans les cas suspects, le pétrole contenu dans la plaie pouvant s'enflammer.

Nous eûmes connaissance d'un pareil accident. Il en est d'ailleurs fait mention dans les *Mémoires* de Toussaint, cet auteur donnant même ce signe comme élément de diagnostic, sous cette rubrique : « La preuve par le feu ».

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES ET ANALYSES CHIMIQUES

Nous devons à M. le professeur Pozzi, une observation très intéressante, sur un cas de phlegmon par injection, et très précieuse, puisqu'elle nous apporte une étude bactériologique et un examen chimique, recherches de laboratoire qui furent faites d'après l'initiative de cet auteur et auxquelles nous n'avions pu nous livrer. Il s'agit d'un phlegmon de la région malléolaire. Voici comment s'exprime l'éminent chirurgien :

« Je priai M. Agasse-Lafont, qui poursuit avec moi
« des recherches sur la culture du pus, de recueillir du
« pus de cet abcès, au moment même de l'incision,
« pour éviter toute contamination extérieure possible.
« Une incision faite amena l'évacuation brusque d'un
« pus mal lié, grumeleux, accompagné de quelques
« bulles gazeuses sans odeur.

« Ajoutons que la température du malade était
« élevée, mais que son état général n'offrait rien d'in-
« quiétant.

« Nous étions donc en présence d'un sujet atteint

« de phlegmon gazeux, mais phlegmon d'étiologie
 « obscure et d'aspect clinique vraiment anormal.
 « L'étude bactériologique réservait quelque surprise.
 « L'examen du pus sur lames avec coloration montra
 « les polynucléaires et les mononucléaires habituels
 « plus ou moins altérés, mais pas un seul microbe.
 « Quant aux cultures, elles restèrent stériles. Le
 « soupçon qui nous avait effleurés au cours des seules
 « constatations cliniques devint alors une quasi-
 « certitude.

« Nous retrouvions tous les caractères de ces abcès
 « de fixation provoqués dans un but thérapeutique par
 « l'injection sous-cutanée des substances médicamenteuses,
 « l'essence de thérébentine habituellement.

« Il convenait donc pour fixer cette étiologie de
 « faire des recherches chimiques, capables seules de
 « donner une certitude absolue. Nous eûmes recours à
 « l'obligeance de M. Béhal, professeur de chimie organique
 « à l'Ecole de pharmacie.

« Dès qu'il eut entre les mains le pus suspect (il
 « s'agissait d'environ 1 centimètre cube de pus desséché
 « dans un verre de montre et exposé à l'air depuis
 « quarante-huit heures) il put à l'odeur seule affirmer
 « la présence du pétrole et même, précise-t-il, de
 « pétrole américain ».

« D'autre part, sur ses indications, M. Matrod, son
 « élève, fit les manipulations nécessaires pour isoler le
 « corps étranger de la matière organique et pour le
 « caractériser chimiquement. Dans ce but, il procéda
 « à une distillation du pus dans un courant de vapeur
 « d'eau en employant l'appareil classique ».

Nous ne décrivons pas les détails de l'analyse chimique, ce qui dépasserait les limites de ce travail.

Mais le pétrole fut décelé dans le pus. D'ailleurs le coupable avoua s'être fait une injection d'environ 1 centimètre cube de pétrole dans les tissus.

« Donc l'examen direct et les cultures révèlent qu'il
« s'agit de pus stérile, caractère paradoxal pour une
« inflammation à marche suraiguë. Ce signe d'ailleurs
« peut manquer, s'il y a eu contamination au moment
« de la piqûre ou surtout infection secondaire après
« l'incision.

« S'il faut un odorat exercé pour reconnaître l'odeur
« caractéristique plusieurs heures après la récolte, on
« peut concevoir qu'un examen immédiat ait des
« chances de donner à tout observateur des renseigne-
« ments précieux. D'ailleurs l'analyse chimique lèvera
« tous les doutes. » (Pozzi.)

M. le médecin-major Laval rapporte une réaction chimique très simple qui permet de déceler la présence du pétrole dans le pus. L'expérience fut essayée par M. Theuvenot, pharmacien à l'hôpital de Neufchâteau.

On prend trois tubes à essai que l'on remplit à moitié d'une eau de brome très faible, amenée à la coloration d'un beau jaune. Dans le premier tube, on introduit 1 centimètre cube du pus contenant le pétrole. Il se produit une décoloration immédiate. Le liquide prend une teinte gris clair et le pus s'accumule au fond du tube sous forme de flocons gris. Le deuxième tube est un tube témoin. Dans le troisième tube, on introduit 1 centimètre cube de pus provenant d'un abcès quelconque. La décoloration n'a pas lieu.

DISCUSSION

De l'exposé de ces faits se dégage un faisceau d'éléments très importants de diagnostic différentiel entre ces phlegmons provoqués et les phlegmons ordinaires. Nous allons les passer en revue et les discuter. Au premier abord, l'odeur de pétrole paraît être le fait le plus facile à constater et qui constituera, dans la suite, la charge la plus lourde en faveur d'un phlegmon provoqué. Souvent cette odeur fut flagrante, les tissus superficiels en étant imprégnés et le toxique pouvant être pris en flagrant délit sous forme de gouttelettes facile à identifier chimiquement. Mais l'odeur fut parfois nulle. Elle échappa aux médecins des corps de troupe, qui firent les premiers pansements et ne fut décelée qu'après les incisions chirurgicales. A ce moment-là les opérateurs la sentirent nettement, la firent sentir à leurs aides, et le médecin en chef appelé put en témoigner. Dans ce cas, le doute n'est pas permis.

M. Hartmann prétend que du doute peuvent bénéficier les malades qui prétendent s'être frictionnés au pétrole ou à l'essence de thérébentine pour apaiser une douleur rhumatismale, ou résultant d'un traumatisme. Nous ne partageons pas cette manière de

voir. Une friction au pétrole, même énergique, donnera au plus une dermite, mais ne provoquera jamais des désordres aussi graves que ceux que nous avons constatés.

Mais le pétrole peut ne pas être senti, soit que la dose fut insuffisante, soit que des lavages aseptiques ou antiseptiques en aient désimprégné les tissus, soit que des incisions nombreuses, faites dans plusieurs formations sanitaires lui aient facilité son écoulement, soit qu'enfin un temps trop long lui ait fait perdre ses facultés odorantes. (Notons que, même si la plaie et le pus sont inodores, une compresse introduite dans le foyer et frottée contre les parois sphacélées, peut avoir de l'odeur).

Dès lors l'aspect anatomo-clinique peut et doit nous aiguiller sur le diagnostic de phlegmon provoqué. Eh bien, l'aspect des lésions qui montre des tissus durs, cartonnés, alternant avec des points ramollis purulents, ce mélange d'escarres et de phénomènes phlegmoneux, l'aspect anthracoïde de la tranche, caractérisé par des bourbillons jaunâtres qui farcissent le tissu cellulaire, cet aspect des lésions que tous les observateurs ont constaté, est absolument caractéristique. Il témoigne que nous ne sommes pas en face d'une inflammation ordinaire, d'une lutte entre microbes et cellules dévorantes du sang et du tissu conjonctif, mais en regard d'une gangrène, d'une vraie mortification des tissus sous l'influence d'un agent toxique.

Le pus qui doit son aspect grumeleux à une nécrose et une désintégration du tissu graisseux, nie encore l'inflammation. Il y a attrition, choc, éclatement des

cellules sous l'influence de l'agent toxique. La génératrice n'est pas le microbe mais l'agent toxique. Nous avons une affection à « allure surtout nécrogène et peu pyogène » (Reynès).

Signalons un autre point sur lequel a insisté M. Savariand. Dans les phlegmons provoqués par injections de pétrole, la multiplicité des foyers ne résulte pas de la multiplicité des piqûres. La diffusion est vraisemblablement due à l'injection d'une dose un peu forte. Ce caractère n'en a que plus de valeur pour reconnaître la nature provoquée du phlegmon, car il n'y a pas d'autre cause qui puisse donner lieu à des placards phlegmoneux et gangréneux multiples, sans aucune porte d'entrée visible.

Bien que ces faits anatomo-cliniques aient convaincu tous les observateurs et soient tangibles, à ce point que M. Reynès put annoncer le pétrole avant de l'avoir senti, nous comprenons la répugnance de ceux qui, peu familiarisés avec ces lésions, se refuseront à affirmer sur leur simple aspect et par un scrupule de délicatesse très honorable, la culpabilité d'un homme. Ainsi, malgré la physionomie très spéciale des phlegmons-pétrole, ne perdons pas de vue qu'il existe une différence entre le diagnostic clinique par l'aspect et l'odeur, et la certitude de culpabilité judiciaire qui a droit à d'autres éléments positifs pour édifier sa conviction.

Aussi devra-t-il être procédé autant que possible à l'analyse chimique qui saura lever tous les doutes.

Symptômes fonctionnels, symptômes généraux sont des adjuvants de notre diagnostic. Il est bien peu vrai-

semblable qu'une lésion locale si grave ne donne lieu qu'à une réaction générale si bénigne, s'il était question d'infection microbienne.

Que l'on se souvienne des phlegmons infectieux et du cortège impressionnant des symptômes généraux.

Et il n'est pas jusqu'aux commémoratifs qui ne devront être recherchés avec beaucoup de soins.

Ils seront vagues. On vous parlera d'un choc, d'une chute, et le malade sera imprécis sur les circonstances, et vous ne trouverez ni plaie, ni ecchymose, si vous enquêtez au début. A ce moment-là, le traumatisé ne s'est pas fait porter malade et ils sont bien rares les traumatisés qui ne viennent pas se plaindre à la visite. De cette abstention la raison en est simple. L'homme en puissance d'injection n'aura pas voulu montrer au médecin une affection trop jeune et par suite révélatrice. Il attendra, car le temps et les accidents graves lui semblent devoir dénaturer les causes initiales de son mal.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Ce travail comporte un chapitre légal. L'interrogatoire des inculpés, les notes prises au Conseil de guerre nous ont renseignés sur les moyens généralement employés pour aboutir à ces sortes de mutilation. Leur connaissance facilitera l'enquête du médecin. Cette enquête doit être entreprise dans tous les cas suspects. Il est une conduite à suivre réglementée par différentes circulaires parues depuis la guerre, et que le médecin doit observer. Nous l'indiquerons et nous citerons à l'appui les passages importants de ces différentes circulaires. Enfin nous ferons part des sanctions habituellement infligées aux coupables ainsi que de la situation militaire des condamnés.

Les hommes se servent généralement d'une seringue achetée, ou empruntée à un infirmier, ou fournie par un complice.

N'ayant pas toujours une aiguille à injection à leur disposition, ils se servent d'un instrument piquant quelconque, tel qu'un clou, une lame fine, ou même l'ardillon de leur boucle de ceinturon. Il est bien évident que l'asepsie ne les préoccupant guère, les piqûres déterminent parfois des infections secondaires

qui peuvent modifier le tableau anatomo-clinique habituel. Une seringue n'étant pas toujours facile à se procurer, ils insufflent le liquide irritatif au moyen d'une paille ou d'un tube quelconque. De l'air pénètre ainsi dans les tissus, donnant à la palpation de l'abcès une sensation de crépitement et s'échappe à l'incision sous forme de bulles. Ainsi est réalisé un type de phlegmon gazeux.

Le liquide injecté est le pétrole généralement, parfois aussi l'essence de térébenthine. Nous rapportons des observations où cette dernière substance a été employée.

Dans les pénitenciers d'Alger, au pétrole était mélangé le suc de thapsia, sorte d'ombellifère, substance fort irritante.

Ces injections sont poussées à des profondeurs variables. Généralement timides, elles ne vont pas au delà du tissu cellulaire sous-cutané. L'homme les multiplie parfois, craignant de ne point atteindre son but par une seule injection. Les régions généralement choisies sont les membres, les membres inférieurs de préférence, où les causes de traumatismes et d'exco-riations sont plus faciles à invoquer. L'individu fait lui-même son injection et de sa propre initiative, ou c'est un complice qui lui suggère la manœuvre coupable et se charge de l'exécution. Son concours n'est pas toujours désintéressé. Dans un cas le tarif de l'injection était de 5 francs. Ces pratiques ne se font pas toujours dans la zone des armées. Elles se font au dépôt, parfois même en cours de route. Ce sont des soldats partant sur le front, par petits détachements,

non accompagnés de médecins. Invoquant un traumatisme insignifiant survenu en cours de route, ils se font débarquer dans une gare d'où on les dirige sur une formation sanitaire de la ville. Ils évitent ainsi la surveillance des médecins de régiment, auxquels ces abcès sont signalés. Leur fraude échappa ainsi aux médecins des formations qui n'avaient vu qu'un cas isolé. Elle fut dépistée par M. Villard qui, chirurgien de secteur et ayant par suite le contrôle de plusieurs hôpitaux, fut frappé par le nombre de ces accidents survenus en cours de route, et de leurs complications graves. Les traumatismes invoqués se produisant généralement en des endroits paradoxaux (face interne du genou), l'absence d'érosion, l'aspect clinique étrange du phlegmon consécutif amenèrent M. Villard à penser qu'on était en présence d'une affection provoquée par une substance toxique injectée. L'enquête à laquelle il se livra lui en fournit les preuves positives.

Nous signalerons encore un autre procédé qui fut employé. Le deuxième Conseil de guerre instruisait dernièrement une affaire où un misérable, qui tenait une véritable agence, avait réglé une technique fort ingénieuse.

Celui qui voulait se mutiler, simulait un accident dans la rue, de manière assez évidente, pour que procès-verbal en soit dressé, ce qui servait ensuite de base à un certificat d'origine.

Une injection de pétrole était faite dans la région traumatisée et au bout de quelques jours l'abcès constitué, amenait un cas de réforme.

Mais on n'a pas toujours affaire à des supercheries

aussi habiles. Les hommes qui se mutilent, généralement d'intelligence pauvre, ne savent pas toujours faire disparaître leurs appareils compromettants, et c'est ainsi que l'on trouve dans leurs sacs ou leurs vêtements une seringue encore imprégnée de pétrole, ce qui détermine généralement les aveux. Aussi ne doit-on pas négliger une perquisition soigneuse dans les effets du suspect et dans son entourage.

MESURES LÉGALES¹

Une note du général Coutanceau, gouverneur de Verdun, parue le 23 septembre 1914, indique au médecin la conduite à suivre dans chaque cas où il soupçonne un militaire de s'être blessé volontairement :

« Tout militaire soupçonné de s'être blessé volontairement doit être signalé immédiatement au médecin-chef, qui constitue sans retard un dossier comportant certificat de visite, avec rapport sommaire du médecin ayant le premier constaté le fait, et un certificat de contre-visite du médecin-chef du Service de la place ou d'un médecin désigné par lui.

« Le militaire est remis immédiatement au Prévôt qui le fait incarcérer et qui adresse le dossier au Parquet du Conseil de guerre.

« L'instruction est ouverte sans retard, et la cause jugée dans le plus bref délai possible. »

Cette note concerne les mutilations en général. Une

¹ Au nom de M. le Médecin-major Reynès et au mien, je remercie M. le capitaine Colin, secrétaire rapporteur du Conseil de guerre de Verdun, qui a bien voulu nous faciliter l'étude légale publiée ici.

autre plus récente vise les mutilés par injections de pétrole.

Note du général Herr, commandant la région fortifiée de Verdun :

« Le Service de Santé a signalé encore dernièrement
« plusieurs cas d'indisponibilité provoqués par des
« injections de pétrole. Le général commandant la
« R. F. V. renouvelle à cette occasion les instructions
« déjà données. Non seulement les coupables doivent
« être poursuivis pour abandon de poste par mutila-
« tion volontaire, mais encore une enquête minutieuse
« doit être faite dans chaque cas pour découvrir les
« complices de ces manœuvres criminelles, et ceux qui
« s'en font les propagateurs. Dans certains cas, les
« coupables s'étaient fait des injections avant le départ
« de leurs dépôts. Le fait doit donc être signalé aux
« commandants des dépôts avec demande d'enquête. »

En quoi consiste l'accusation ? Ces mutilations se pratiquent en vue de faire évacuer leur auteur sur l'arrière ou simplement de le rendre indisponible pour le service. Elles constituent ainsi un véritable abandon de poste, et sont visées par la note suivante.

Note du général adjoint au gouverneur de Verdun, 18 août 1915 :

« En exécution des ordres du général commandant
« en chef.... sera considéré comme coupable d'aban-
« don de poste ou de refus d'obéissance et poursuivi
« devant un Conseil de guerre par application des
« articles 211, 212, 213 et 218 du code de justice
« militaire, tout militaire convaincu de s'être volon-
« tairement rendu indisponible, soit en pratiquant sur

« sa personne une blessure ou une mutilation, soit en
« absorbant par un procédé quelconque des substances
« nuisibles, toutes les fois que ces agissements auront
« eu pour but ou pour conséquence de faire éloigner
« leur auteur du lieu où il doit être présent pour son
« service ou de le soustraire de quelque manière que
« ce soit à l'accomplissement de ses devoirs. »

Les complices, et le cas est très fréquent où le mutilé a obéi par suggestion, ou a eu recours à des mains étrangères pour pratiquer son injection, les complices doivent être recherchés avec soin et ils comparaissent devant le Conseil de guerre. Les raisons de leur accusation sont données par la note suivante :

« Les individus coupables d'avoir aidé l'accusé dans
« sa tentative de mutilation seront poursuivis devant
« le Conseil de guerre (a) s'ils sont militaires, comme
« complices (b) s'ils sont étrangers à l'armée, comme
« coupables d'avoir causé une maladie à autrui en
« administrant volontairement des substances nuisibles à la santé, contrairement à l'article 317,
« 4 et 5 du Code pénal, ou d'avoir provoqué des militaires à la désobéissance et d'avoir ainsi contrevenu
« à l'article 2 de la loi du 28 juillet 1894. »

Mais sur quels éléments de diagnostic va se fonder l'accusation? Somme toute, l'odeur caractéristique de pétrole ou d'essence de térébenthine est le seul signe pathognomonique, mais elle peut passer inaperçue pour une raison ou pour une autre, et d'autre part un observateur trop prévenu peut croire la constater là où d'autres ne la constatent pas.

Il en résulte que, malgré les caractères bien spé-

ciaux, des suppurations provoquées, il y aura toujours des cas d'un diagnostic douteux, surtout lorsque l'expert n'aura pas assisté à l'évolution de l'affection et lorsque les documents mis à la disposition seront par trop laconiques.

M. Savariaud donne l'exemple suivant, dans lequel il a cru pouvoir rejeter le diagnostic de phlegmon provoqué par injection de pétrole et admettre celui de gangrène traumatique développée sur une peau précédemment atteinte de gelure.

« Il s'agissait d'un soldat qui présentait au niveau
« de la malléole externe une perte de substance assez
« étendue.

« Il avait été incisé à deux reprises à quelques jours
« d'intervalle, par deux médecins qui n'avaient pas
« constaté que le pus présentât d'odeur spéciale ou
« qui du moins ne l'avaient pas signalé. Un troisième
« médecin se basant sur l'odeur du pus, fit le diagnostic
« de phlegmon provoqué. Je vis le blessé le même jour
« que ce dernier, et malgré la meilleure volonté il
« nous fut impossible à mon assistant et à moi, de per-
« cevoir l'odeur suspecte.

« Il y avait donc lieu de se demander si notre con-
« frère n'avait pas pu commettre, de bonne foi, une
« erreur. Aussi les caractères de la plaie furent-ils
« soigneusement notés et le patient minutieusement
« interrogé. Un point nous frappa tout d'abord, c'est
« que le foyer purulent et la perte de substance ne
« présentaient pas les caractères notés pour les cas
« précédents. Je sais bien que l'incision remontait à
« plusieurs jours et que les caractères primitifs avaient

« pu se modifier. Je sais aussi que les premiers abcès
« vus étaient des abcès de la cuisse, région riche en
« tissu adipeux, tandis que ce dernier intéressait la
« région malléolaire qui en est dépourvue. Il y avait
« donc lieu de ne pas conclure à une différence d'ori-
« gine du fait d'une différence de symptômes.

« Mais d'autre part, la raison invoquée par le patient
« ne manquait pas d'une certaine vraisemblance. Il
« pouvait en être résulté une escarre et ensuite un
« abcès. La chose du moins n'était pas impossible.

« De plus cette contusion aurait porté sur une région
« qui avait été, l'hiver précédent, le siège d'une gelure.
« Cette gelure aurait nécessité un séjour de douze
« jours à l'ambulance et la cicatrice mince et délicate
« aurait été fréquemment le siège d'excoriations,
« pour lesquelles il aurait eu recours au major du
« bataillon.

« De fait, il existait tout autour de la perte de subs-
« tance une pigmentation ancienne incontestable.
« Il y avait de plus, bien qu'il s'agit du côté droit, une
« atrophie du mollet de un centimètre et demie. Bref,
« le doute devant bénéficier à l'accusé, je conclus, pour
« ma part, peut-être à tort, je le veux bien, à une perte
« de substance traumatique, développée sur une
« ancienne gelure. »

Et l'auteur ajoute : « A défaut d'autres choses, ce
« fait montre combien il est difficile à un expert de se
« prononcer lorsqu'il ne voit ces abcès qu'une fois
« évacués de leur contenu et lorsque a disparu, depuis
« un certain temps, l'odeur caractéristique. La diffi-
« culté était d'autant plus grande qu'à ce moment il

« est trop tard pour avoir recours aux procédés de
« laboratoire qui ont été si démonstratifs dans le cas
« de M. Pozzi. »

Nous n'aurions garde de protester contre les remarques aussi judicieuses de M. Savariaud dont l'observation précédemment citée est un modèle d'enquête, conduite sans parti pris et où il est tenu compte avec beaucoup de tact de toutes les circonstances pouvant éclairer le diagnostic.

Déjà M. Pozzi recommandait une prudente réserve dans les cas où le malade se serait frictionné dans un but thérapeutique une région traumatisée avec le liquide incriminé, le pétrole et l'essence de térébenthine pouvant ajouter à leur action nécosante à la plaie primitivement infectée et simuler ainsi le tableau anatomo-clinique habituel des abcès provoqués.

Ainsi l'enquête devra être complète et porter autant que possible sur tous les éléments de diagnostic, avant que soit formulée l'accusation.

D'ailleurs, la Note du G. Q. G. du 31 août 1915 préconise une telle conduite :

« Toutes les garanties possibles doivent, en effet,
« être données afin d'éviter une erreur d'appré-
« ciation ; aussi, dans tous les cas délicats pouvant prêter
« à discussion, il convient de faire procéder à un der-
« nier examen qui serait confié à un expert d'une
« autorité médicale aussi haute que possible ».

Et pour mettre en garde contre les erreurs possibles dans les cas douteux et laisser aux juges le droit absolu de décider en dernier ressort d'après leurs convictions propres, éclairés par le témoignage des

experts, la note ajoute : « Mais il importe de remarquer que même en ce cas, les conclusions des experts ne suffisent pas à elles seules, en dehors de tout élément de preuve, pour entraîner une condamnation... L'expertise n'est qu'un moyen de preuve et le rapport des experts ne constitue qu'un avis auquel les juges ne sont pas tenus de se conformer.

« Les juges ne sont pas astreints à suivre l'avis des experts si leur conviction s'y oppose. La preuve complète ne pourra résulter que de l'ensemble des faits soumis à l'appréciation des juges ».

Enfin, mettons en garde le médecin contre la tendance regrettable, qui consiste à obtenir les aveux du malade suspect, en lui promettant soit de garder le silence, soit d'atténuer la faute et ses conséquences. Dans le premier cas, le médecin manque à son devoir, qui ne signale pas une mutilation constatée ; dans le deuxième, il fait une promesse qu'il n'est pas en mesure de tenir. Ce procédé est blâmable, qui pose le médecin en inquisiteur. Son rôle est dans les cas suspects de faire un rapport sur les données cliniques qu'il aura constatées, les recherches de laboratoire qu'il aura pu tenter et de signaler les commémoratifs acquis, sans qu'aucune pression ne soit exercée sur le malade pour obtenir des aveux.

CONDAMNATION

Les peines infligées par le Conseil de guerre de Verdun ont été de cinq ans généralement, quelquefois quatre ans de travaux publics. Les coupables s'étaient mutilés, leurs régiments étant sur le front et dans le but de se faire évacuer sur l'arrière. Leur acte était considéré comme un abandon de poste devant l'ennemi crime pouvant être puni de mort.

Bien plus légère est la peine infligée à ceux qui se livrent à ces pratiques coupables dans la zone de l'arrière. Les sanctions ne furent, d'habitude, que de soixante jours de prison. Cette différence si grande dans l'estimation de la peine ne nous paraît pas justifiée. Si la peine doit être proportionnée à la faute, pour celui qui se soustrait à l'accomplissement de son devoir, la faute nous paraît la même, qu'il soit dans la tranchée ou qu'il soit en arrière, en réserve des troupes de première ligne.

L'indignité dans les deux cas est la même, qui pousse le misérable à se dérober à la défense de sa patrie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Reynès).

X..., artillerie coloniale. Entre à l'hôpital 4, à Verdun, le 9 juillet 1915, avec le diagnostic d'arthrite aiguë du genou droit. On constate une infiltration diffuse phlegmoneuse rouge du genou en avant et sur les côtés, s'étendant vers le bas de la cuisse et le haut de la jambe. A la face antérieure, on note une dermite vésiculo-phlycténulaire, due à des brûlures irritatives (iode ou autres ?) On remarque une petite incision longitudinale de 5 centimètres donnant issue à du pus jaunâtre. Cette incision a été faite la veille à l'hôpital d'évacuation. On endort le malade.

Aux ciseaux, j'agrandis l'incision. Le doigt fait constater que le phlegmon est plutôt péri-articulaire et non intra-articulaire. Les tissus pré-articulaires infiltrés se décolle assez bien.

Il s'échappe non un pus franc, mais une sanie rougeâtre, brunâtre, mélangée de débris grumeleux de tissu.

Sur les tranches de l'incision, je note un aspect d'infiltration aréolaire spéciale des tissus qui éveille

mon attention vers la possibilité d'une inoculation suspecte des tissus avec un agent irritatif : tel le pétrole. Je sens la plaie. Elle dégage une odeur très nette de pétrole. Je la fais constater à l'aide-major Thiebaux aux infirmiers et infirmières ainsi qu'à M. le médecin chef Dubrisay, appelé immédiatement. Voulant réserver une information plus complète, j'arrête l'opération. Pansement simplement aseptique.

M. le médecin principal Bilouet vint vérifier l'odeur de pétrole. Le lendemain et le jour suivant, l'odeur très nette de pétrole est encore perçue. Ajoutons qu'une perquisition aboutit à la découverte dans le sac du malade d'une boîte en nickel vide de seringue et sentant le pétrole. Le malade sort de l'hôpital le 2 octobre et est remis à la Prévôté.

OBSERVATION II (Reynès).

X..., infanterie. Entre à l'ambulance de Bras, le 6 octobre 1915, avec le diagnostic de phlegmon de la jambe gauche. On constate une grosse infiltration phlegmoneuse à la face interne de la jambe gauche s'étendant jusqu'aux malléoles. La peau présente des phlyctènes et un aspect rouge comme ecchymotique. Légère réaction générale. 38°3, température rectale. Peu de douleur, pas de réaction ganglionnaire. A l'incision, on sent une odeur nette de pétrole, elle est reconnue par les aides-majors Maurel, Sainmont, Guillemet. M. le médecin principal Farganel, appelé, fait la même constatation.

A la coupe : histologie caractéristique, point dermique étalé, jaunâtre. Tissu cellulaire en élimination. Fongosités rougeâtres. Pas de vrai pus. Pus rouge, grumeleux. Une perquisition est faite et on trouve dans le sac du malade une boîte de nickel contenant une seringue à injection hypodermique, sentant très fort le pétrole.

18 octobre. — Nouvelle intervention. La plaie est en bonne voie de guérison, mais la perte de substance cutanée est longue à se réparer. Curettage et suture. La suture a très bien tenu.

Le 23 novembre, le Conseil de guerre inflige au prévenu une peine de cinq ans de prison.

Notons que le coupable s'est mutilé non sur le front, mais au dépôt de son régiment à Aubusson..

OBSERVATION III (Savariaud).

X..., infanterie, entré le 17 septembre 1915. Au moment où le malade est soumis à notre observation, il existe sur la face antérieure et externe de la cuisse droite deux ouvertures par lesquelles s'échappe du pus épais couleur chocolat mélangé de jaune sans odeur. L'une de ces ouvertures a des bords amincis et décollés comme celle qui résulterait d'une ouverture mi-spontanée, mi-chirurgicale d'un abcès sous-cutané. Sur la moitié de la face antéro-externe de la cuisse et sur la partie supérieure de la jambe, il existe un placard inflammatoire de coloration violacée avec de petites collections fructuantes, paraissant pour la plupart

indépendantes, les unes des autres. Ouverture de six à sept de ces petites collections par des incisions de 1 à 2 centimètres. Ecoulement de pus très épais, grumeleux, sans odeur. On fait en outre à la partie postérieure et externe de la cuisse et de la jambe deux longues incisions ayant respectivement 8 à 12 centimètres, d'où il sort également un peu de pus présentant les mêmes caractères.

Ce malade venait de l'hôpital d'évacuation. Le diagnostic de phlegmon de la cuisse provoqué par une injection avait été fait par M. le médecin principal Cauvet, qui note « Incision de la région sphacélée, ablation d'une plaque gangrenée qui se détache sous les doigts des tissus adjacents, eux-mêmes grisâtres et purulents. Extension assez éloignée des traînées phlegmoneuses. »

Guérison le 12 octobre.

OBSERVATION IV (Savariaud).

Phlegmon par injection d'essence de térébenthine.

X..., infanterie; entré à l'hôpital militaire le 18 septembre 1915.

Le malade porte à la face externe de la cuisse une escarre cutanée blanchâtre reposant sur un placard induré et violacé, qui avait été incisé à l'ambulance. Au-dessus de l'escarre existe un décollement de 7 à 8 centimètres de haut, contenant du pus, de la sérosité et des détritits de tissus graisseux à odeur caracté-

ristique d'essence de térébenthine. Incision du décollement dans toute son étendue.

OBSERVATION V (Savariaud).

X..., infanterie, entré à l'hôpital militaire le 19 septembre 1915.

Soldat russe, s'était laissé injecter le 16 septembre du pétrole dans la cuisse. Deux jours après, abcès. On incise. Aujourd'hui 23 septembre, je constate à la face antérieure de la cuisse un placard violacé de la dimension d'une paume de main. L'incision déjà faite ayant été agrandie, je fus frappé par l'aspect de la tranche des tissus. La graisse sous-cutanée avait perdu sa coloration jaune d'or, elle était devenue blanche, elle était infiltrée de pus, ainsi que la face profonde de la peau. Le tout ressemblait à la coupe d'un anthrax et fut traité comme tel par l'extirpation des tissus nécrosés après incision cruciale et dissection des lambeaux.

L'opération dut même être recommencée les jours suivants par suite de l'extension du processus inflammatoire.

Les lambeaux cutanés s'étant sphacelés, il en résulte une large perte de substance très lente à se combler, de sorte que le sujet est encore en traitement.

3 décembre 1915. — Greffes dermo-épidermiques qui ne prennent pas.

28 décembre. — Extirpation de la zone de bourgeons charnus, Petite antoplasie par glissement.

25 février 1916. — Par suite du bombardement de

Verdun, le mutilé est évacué, non guéri, sur un dépôt de convalescents.

OBSERVATION VI

Phlegmon par essence de térébenthine.

X., C. O. A., entrée à l'hôpital de Verdun le 18 janvier 1916.

Au mois d'octobre 1915, il aurait eu la jambe gauche prise entre une voiture et un wagon. Il n'en serait résulté d'ailleurs aucune plaie. Vingt-trois jours après, vers le 25 octobre, il aurait eu un abcès situé à l'endroit de l'incision chirurgicale actuelle. Il ne se fit pas porter malade et n'arrêta pas son service. L'affection actuelle aurait débuté le 13 janvier, sans cause. Le sujet avoue s'être frictionné avec de l'essence de térébenthine.

Actuellement, il existe un œdème phlegmoneux, allant de la partie interne du pied à la face interne du genou gauche.

Au niveau de l'incision, la peau présente une coloration noirâtre violacée, les lèvres de l'incision sont blanchâtres, nettement nécrosées. En somme, l'incision a été faite sur une escarre. En pressant sur le foyer, on fait couler un mélange de sérosité, de pus, de sang. L'odeur en est tout à fait térébenthinée. Au-dessous de la peau il existe un décollement. Le pus est grumeleux. A 1 centimètre et demi de l'incision chirurgicale, il existe deux petits points sphacelés. Une incision transversale est branchée sur la première.

La tranche présente l'aspect anthracoïde dû à la présence d'un foyer de nécrose dans l'épaisseur de la peau et du tissu graisseux.

Cet aspect est caractéristique. L'incision est prolongée par le haut et dans une région paraissant relativement saine. On découvre toute une série de foyers suppurés. On enlève au ciseau des tissus sphacelés. La face superficielle de l'aponévrose est infiltrée de pus. Les incisions sont agrandies progressivement et toujours dans le tissu cellulo-graisseux, on trouve les mêmes lésions.

En résumé, incision cruciforme comme dans l'anthrax s'adressant à des tissus absolument analogues à ceux de l'anthrax.

26 janvier. — Ablation d'une zone indurée et lardacée sur la lèvre postérieure de l'incision. Large décollement des deux lèvres et réunion presque totale au crin, après avoir excisé tous les tissus suspects.

26 janvier. — Le malade faisant 40 degrés de fièvre, on fait sauter les points de suture.

Le malade a avoué s'être injecté un demi-centimètre cube d'essence de térébenthine en une seule fois le 15 janvier 1915 à 3 heures du soir.

OBSERVATION VII

X..., infanterie, entré à l'hôpital militaire le 19 janvier 1916.

Le malade prétend avoir reçu au mois de décembre 1915 un morceau de bois sur le genou. Son articula-

tion serait le siège de rhumatismes depuis le mois de mai. Il a remarqué que depuis quelques jours son genou grossissait et devenait rouge. Il a quitté son dépôt le 11 janvier, s'est fait porter malade en arrivant au front, a été évacué le 18 janvier, et opéré le lendemain à l'hôpital d'évacuation. Il présente à la région du genou droit, en avant de la rotule, une tuméfaction phlegmoneuse qui empiète sur la face interne du genou, allant de la jarretière au tiers inférieur de la cuisse.

La tuméfaction est rouge avec au centre une portion violacée et une incision opératoire peu profonde, longue de 2 centimètres.

Le malade prétend s'être frotté les jambes avec du pétrole pour éviter les poux.

OPÉRATION. — Une mèche introduite par l'incision ramène du pus qui a une odeur de pétrole. Tous les assistants la constatent. La région prérotulienne est très empâtée. On agrandit la première incision opératoire et on trouve au milieu de l'empâtement, dans le tissu cellulaire, l'aspect anthracoïde, caractérisé par de nombreux bourbillons jaunâtres qui farcissent le tissu cellulaire. Incision cruciforme de la région, grattage du tissu anthracoïde qui s'étend sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Au cours de la dissection, on est amené à ouvrir une collection qui siège dans la bourse prérotulienne.

OBSERVATION VIII

X..., hussard, entré à l'hôpital militaire le 21 janvier 1916, avec le diagnostic d'abcès provoqué par injection de pétrole. L'homme avoue avoir reçu il y a quatre jours, d'un de ses camarades, une injection de pétrole avec une seringue en verre.

Les accidents ont commencé le 19 janvier. Le malade a été évacué le 20 et incisé le 21 à l'hôpital d'évacuation où fut fait le diagnostic d'abcès provoqué par injection de pétrole.

On voit à la région prérotulienne gauche une tuméfaction sur laquelle a été pratiquée une incision de 3 centimètres un peu en dedans de la ligne médiane. L'incision est agrandie et on trouve un abcès d'aspect anthracoïde. Une compresse imbibée de liquide qui s'échappe de la plaie a une odeur caractéristique de pétrole.

Incision cruciforme. Curettage. Lésions limitées.

CONCLUSIONS

I. — Le phlegmon par injection de pétrole a un aspect particulier, le distinguant nettement du phlegmon ordinaire et des diverses affections des membres d'origine infectieuse.

II. — Il se caractérise anatomiquement par l'aspect anthracoïde de la tranche d'incision, la multiplicité des foyers, la diffusion des lésions, la rareté du pus, lequel est généralement stérile. Sa tendance marquée à la nécrose cause de graves pertes de substance, difficiles à réparer.

III. — Les symptômes locaux dominent le tableau clinique. La réaction générale est paresseuse. Peu de fièvre, pas d'adénopathie.

La rapidité de l'évolution est caractéristique.

IV. — Ces considérations, substratum du diagnostic clinique, n'autorisent pas la certitude de culpabilité judiciaire qui a droit à d'autres éléments positifs pour édifier sa conviction.

V. — L'odeur de pétrole, perçue presque toujours à l'incision du foyer, constitue une charge lourde. Mais on doit attendre de l'analyse chimique, qui déce le pétrole dans un pus même inodore, la preuve indiscutable de la présence du toxique.

VI. — Tout militaire soupçonné d'une telle mutilation doit être signalé.

Une enquête minutieuse sera conduite sans retard.

VII. — Les mutilés de la zone des armées considérés comme coupables d'abandon de poste devant l'ennemi sont généralement condamnés à quatre ou cinq ans de travaux publics.

Les mutilés de la zone de l'intérieur ont des peines légères. Cette clémence ne nous paraît pas justifiée.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

A. PIC.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} juillet 1916,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

DEFONG, Abscesses provoqués (*Caducée*, 19 février 1910).

LAVAL (Médecin major), A propos des abscesses gangréneux provoqués par le pétrole (*Presse Médicale*, 16 décembre 1915).

MORVAN, Phlegmons provoqués par inoculation sous cutanée de pétrole (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, t. II, année 1913).

POZZI et AGASSE LAFONT, Phlegmon du pied provoqué par une injection de pétrole (*Société de Chirurgie de Paris*, 12 octobre 1915).

REYNÈS, Phlegmons provoqués par injections de pétrole (*Société de Chirurgie de Paris*, 21 juillet 1915).

SAVARIAUD, A propos des phlegmons provoqués par injections de pétrole (*Société de Chirurgie de Paris*, 16 novembre 1915).

TOUSSAINT, Phlegmon du membre supérieur par injection hypodermique de pétrole (*Société de Médecine militaire française*, 31 octobre 1912).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	11
Historique	13
Symptomatologie	15
A. Symptômes locaux	15
B. Symptômes généraux	17
Traitement et pronostic	19
Recherches bactériologiques et analyses chimiques	21
Discussion	24
Considérations médico-légales	28
Mesures légales	32
Condamnation	39
Observations	40
Conclusions	49
Bibliographie	51

